広域

（様式Ｇ）

記入見本

令和　　年　　月　　日

豊　田　市　長　様

申請者氏名　　豊田　太郎

① 被接種者との関係　　続柄　（　子　）

電話番号(携帯電話)　（090）××××－●●●●

定期の予防接種（B 類疾病）の実施について（申請）

このことについて、下記の医療機関にて予防接種を受けたいので申請します。なお、本申請における注意事項は確認しています。

記

予防接種の種類 （該当する箇所に☑印）	☑高齢者用肺炎球菌　□インフルエンザ　□新型コロナ ☑帯状疱疹（**必ず種類・回数も選択**してください）　⑥ □生ワクチン □不活化ワクチン　1 回目　☑不活化ワクチン　2 回目 (2 回目のみ希望の方は 1 回目の接種日を記入：R7 年 6 月 13 日)	
被接種者氏名 （予防接種を受ける人）	（ふりがな）　とよた　さぶろう 豊田　三郎	
住　所	〒　471　－　8501 豊田市西町 3 丁目 60	
生年月日・性別	□大正 ☑昭和　◎年　◎月　◎◎日	男　・　女
被接種者の滞在先 住所・電話番号	□　住民登録と同じ（以下、滞在先記載不要） ☑　住民登録と異なる（以下、滞在先記載必要） 〒４４６－○○○□ 愛知県安城市○○町×× （　　様方） 電話（　××××　）１１１１－□□□□	
滞在理由 （市外で接種する理由） （該当する箇所に☑印）	□かかりつけ医　←豊田市内の施設に入所の場合は、こちらへ☑ □入院治療(医療機関名　　号室) ☑施設入所(施設名　特別養護老人ホーム　○○○　②　) □その他（　　）	
滞在期間	未定　③　※滞在先が住民登録と同じ場合は記載不要	
予防接種を希望する医療機関	(名称)　●●クリニック (住所)　安城市△△町××　④ 愛知県広域予防接種事業接種協力医療機関　⇒　登録済　・　未登録 ※医療機関に確認してください	
連絡票送付先 （該当する箇所に☑印）	□豊田市の住所　□滞在先の住所　☑その他（以下に記載必要） 〒△△△－××××　岐阜県多治見市□□町 234　（豊田　華様方） (注)施設及び医療機関へ送付希望の場合は、必ず相手先の了承を得たうえで、記入をしてください。　⑤	

※該当する予防接種券を添付のうえ、以下まで提出してください。
予防接種券を紛失した場合は、余白に「接種券紛失」と記入してください。

[提出先]　〒471－8501　豊田市西町 3 丁目 60 番地　電話（0565）34－6180
豊田市役所　感染症予防課　予防接種担当